SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 25 minutos.)

-Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

SEÑORA SECRETARIA.- En primer lugar, está el informe solicitado a la División de Estudios Legislativos, por el sustitutivo presentado en la sesión pasada por los Senadores Gallo y Agazzi.

Después, tenemos una versión taquigráfica del Edil José Alberto Villas Boas, de la Junta Departamental de Salto, indicando la situación de un ciudadano que apareció en un artículo de prensa.

Por último, hay una solicitud de audiencia de los trabajadores del Hospital Español.

(Ingresa a Sala el señor Senador Solari.)

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Solari.)

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuamos con la consideración de la Carpeta Nº 920 que refiere al proyecto de ley de Personas Adictas a Sustancias Estupefacientes.

SEÑOR AGAZZI.- Voy a enfocar un tema que discutimos en la última sesión, que era la ubicación institucional de esta estructura que crea el proyecto de ley -que encontraremos la forma de expresarlo- que se llama Consorcio Público, con los cometidos que define el proyecto de ley. La discusión era dónde debería estar ubicado institucionalmente. El artículo 2º expresa: “Créase en la Presidencia de la República, el Consorcio Público para la atención sanitaria inmediata de las personas afectadas por el uso problemático de drogas”. Creo que a ninguno de los integrantes de la Comisión le sentaba en forma segura, equilibrada, que este Consorcio estuviera en la Presidencia de la República. Entonces, hice un trabajo -lo quiero comunicar a la Comisión en el día de hoy- teniendo en cuenta el lugar natural que vincula la actividad que tiene el Consorcio, que es la Junta Nacional de Drogas. Hice una remisión de la Junta Nacional de Drogas, de la Ley Nº 14.294, que fue la que le dio origen, que es del año 1974, así como de todos los decretos que después agregaron o modificaron cosas, hasta llegar a la estructura actual de la Junta Nacional de Drogas. Al mismo tiempo, en el Decreto Nº 346 del año 1999, se creó la Secretaría Nacional de Drogas; también en ese Decreto -como en los posteriores- la Secretaría Nacional de Drogas tiene cometidos definidos que, a su vez, fueron modificados.

Y así llegamos a las actuales estructuras. Estamos hablando de un proceso jurídico largo, porque en él intervienen una ley y seis decretos; empezó en 1974 y terminó con el último decreto, que es del año 2005.

Me dio bastante trabajo el sinuoso camino de ir siguiendo cada uno de los cometidos y creaciones institucionales pero, al final, lo que hoy está vigente de todo esto, es una Junta Nacional de Drogas, que es un organismo dependiente de la Presidencia de la República; así fue creada a partir del Decreto Nº 463 de 1988. Antes de ese Decreto la ley había creado dos estructuras: la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías, que estaba en el Ministerio de Salud Pública y la Comisión Honoraria de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, que estaba en la órbita del Ministerio del Interior. Quiere decir que, como dije, había dos estructuras: una de ellas, en el Ministerio de Salud Pública y, la otra, en el Ministerio del Interior; todo esto era por la ley de 1974.

Ya el decreto de 1988 creó una sola estructura ubicada en Presidencia. A partir de ahí todas las modificaciones que se dieron no cambiaron su ubicación en la Presidencia de la República. Al principio estaba integrada por los Ministros y después por los Subsecretarios; la convocaba el

Secretario Nacional de Drogas y posteriormente pasó a ser convocada por el Prosecretario de la Presidencia. Con el tiempo se incorporó el Ministerio de Deporte y Juventud y cuando este dejó de existir se integró con el Ministerio de Turismo y Deporte.

Quiere decir que en esta evolución institucional, la Junta Nacional de Drogas es un organismo que está integrado por una cantidad de miembros permanentes que son representantes de los Ministerios -del Interior, de Economía y Finanzas, de Relaciones Exteriores, de Defensa Nacional- pero, en realidad, define líneas políticas en las distintas áreas que hacen a la reducción de la demanda, al control de la oferta, al lavado, a la sistematización de estudio, a la investigación, al tratamiento, a la comunicación y al debate público y académico.

Ahora bien, la Junta Nacional de Drogas es un organismo que existe cuando se reúne, después no tiene ninguna estructura institucional. En cambio, la Secretaría Nacional de Drogas, desde que se creó por el Decreto Nº 346 de 1999, siempre fue un soporte técnico administrativo que tiene como cometido la articulación y la coordinación, así como también seguir la aplicación y ejecución de las acciones surgidas de la Junta Nacional de Drogas, que competen a los distintos organismos del Estado. O sea que la Secretaría Nacional de Drogas tiene una estructura operativa que debe cumplir con determinados cometidos. De hecho, en su estructura institucional hoy está integrada por quince áreas de trabajo, que son las relaciones internacionales y la cooperación, la reducción de la demanda, el control de la oferta, el Observatorio Uruguayo de Drogas, el Fondo de Bienes Decomisados, una coordinación de cooperación internacional, una coordinación de prevención, otra de reinserción social, otra de comunicaciones y prensa, otra de descentralización, una coordinación de reducción de riesgos y daños, una coordinación de género y una específica de evaluación.

Entonces, parecería razonable que si vamos a crear una estructura, que es un consorcio operativo, para resolver ese problema que tenemos -que es el de la internación-, debería ser de naturaleza operativa. En realidad, debería estar en la Secretaría Nacional de Drogas, porque la Junta Nacional de Drogas no tiene una estructura de trabajo, sino que existe cuando se juntan los representantes de los distintos Ministerios. Así que me parece que la idea política es que este Consorcio forme parte de la Secretaría Nacional de Drogas.

A esta altura, a uno le asaltan dudas de otra naturaleza; en lo personal, la mía es la siguiente. ¿Cómo puede la Secretaría Nacional de Drogas, creada por un Decreto, que es un soporte técnico administrativo de lo que resuelve la Junta Nacional de Drogas -así dice hoy en los documentos formales-, incluir un Consorcio que creamos por Ley? Ese es un problema de jerarquía jurídica cuya respuesta no tengo. En realidad, esto tuvo durante más de treinta años, casi cuarenta, una evolución legislativa por leyes y decretos, y en algún momento deberá hacerse una reformulación -no hablo de que tenga que hacerse ahora-, porque va a haber que clarificarlo orgánicamente de una manera precisa. Con la historia y la estructuración institucional que esto tiene hoy, me parece que, tal como lo establece el artículo 2º, lo más razonable es que la creación del Consorcio Público esté en la Secretaría Nacional de Drogas. Ese es mi punto de vista, aunque debo reconocer que tengo algunas dudas. Pero la idea es que no quede flotando en la Presidencia de la República como una unidad más de las tantas que ya tiene.

Introduzco el tema de la ubicación institucional porque hice un trabajo para aportar a la Comisión y porque era uno de los temas en los que teníamos dudas.

Esto es cuanto quería expresar, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muy interesante el aporte y muy bienvenido sea.

SEÑORA MOREIRA.- Estamos retomando una vieja discusión, porque hasta hace poco tiempo estuvimos abocados al proyecto de ley relacionado con la marihuana.

Tengo para hacer unos aportes que me había hecho llegar una abogada que trabaja con nosotros, la señora Ana Ferrari, quien en su momento había trabajado junto con su abogada, en este tema, sobre dos cosas. Tengo aquí su texto para no hacer una citación fuera de lugar.

El primer aporte es con relación a la expresión Consorcio Público. Ella dice que la expresión "consorcio", en sentido estricto, es más adecuada al Derecho Comercial que al Derecho Público. La expresión "consorcio", la forma, el formato jurídico institucional del consorcio es más del Derecho Comercial que del Derecho Público, y lo que se acerca más al Derecho Público sería la expresión "comisión". Entonces, propone una Comisión Nacional en vez de un Consorcio Público, con la idea de que el Consorcio es una expresión jurídica de nuestro Derecho Comercial y no del Derecho Público. Ella hace en su informe una sustitución. Pongo esto en consideración de la Comisión simplemente como un aporte más. Ella hace la propuesta de crear una Comisión Nacional para el tratamiento y atención sanitaria. El concepto, los cometidos y las atribuciones son los mismos; lo que cambia es la fórmula jurídica, es distinta.

Asimismo, como ella se especializa en Derecho Público, encuentra reparos de otro tipo, pero en la línea de lo que señalaba el señor Senador Agazzi. Ella se preguntaba de quién dependería esta Comisión Nacional o Consorcio Público, y dice que las previsiones constitucionales relativas a la competencia de la Presidencia de la República son cerradas y, entonces, cree que esta Comisión debería depender del Ministerio de Salud Pública, para que -según sus palabras- no orbite como lo hacen otros astros del Estado, sino que dependa directamente de una institución ya existente. De cualquier manera, tengo la impresión de que no es la idea del Ministerio de Salud Pública tener a esta Comisión o Consorcio dependiendo de esta Cartera. Creo que el Ministerio de Salud Pública también ha hecho una expresión más bien negativa respecto a tener bajo su órbita una Comisión o Consorcio de este tipo. No lo sé. Creo recordar que el Ministerio de Salud Pública prefería que esta institucionalidad tuviera otra independencia.

Simplemente quería agregar estos dos aportes, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con respecto al primer comentario que acaba de realizar la señora Senadora Constanza Moreira, me permito recordar que hay un informe en el que se admite que si bien es cierto que la palabra "consorcio" es más frecuentemente utilizada en Derecho Comercial, nada impide que lo sea en Derecho Público, de manera que es una cuestión de acostumbramiento a nuevos términos.

Brevemente me gustaría resumir para el señor Senador Moreira -que acaba de llegar- la muy bien fundada explicación que al inicio de la sesión brindó el señor Senador Agazzi sobre por qué el Consorcio Público está en la Presidencia de la República, bajo la dependencia de la Secretaría Nacional de Drogas, e integrado de la forma en que aquí se dice.

Básicamente, el señor Senador Agazzi hizo una reseña de la evolución jurídica que tuvo la Ley de Estupefacientes del año 1974, con respecto a la cual hubo 6 decretos sucesivos; por uno de ellos, del año 1988, se creó la Junta Nacional de Drogas, y más tarde, en 1999, por otro se creó la Secretaría Nacional de Drogas, en la órbita de la mencionada Junta. En concreto, la Junta Nacional de Drogas es un órgano consultivo colectivo, integrado por representantes, en tanto que la Secretaría Nacional de Drogas es el soporte técnico administrativo encargado de hacer operativas las resoluciones de la Junta. Es en base a esa descripción que el señor Senador Agazzi entiende pertinente considerar este artículo 2º, que coloca al Consorcio dentro de la Secretaría Nacional de Drogas, la cual tiene quince áreas de trabajo, todas ellas interdisciplinarias.

He hecho, pues, un resumen muy sucinto de la explicación brindada oportunamente por el señor Senador Agazzi.

Dejemos de lado por un momento la cuestión de si estamos de acuerdo, o no, con la figura del consorcio -confieso que ese no es el nombre que a mí más me gusta, pero en todo caso es un punto que podremos ver y considerar- y analicemos un poco más a fondo la finalidad básica y la ubicación institucional de esta figura que se crea.

Bien dijo el señor Senador Agazzi que en el Decreto del año 1988, por el que se creó la Junta Nacional de Drogas, se integraron bajo la Prosecretaría de la Presidencia distintos Ministerios. Ahora bien, eso estuvo precedido -creo que esa fue la palabra que el señor Senador utilizó- por dos dependencias que se encontraban en dos Ministerios distintos: la Comisión Nacional de Lucha contra

las Toxicomanías, que estaba en la órbita del Ministerio de Salud Pública, y la Comisión Honoraria de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas, etcétera, que estaba en la órbita del Ministerio del Interior. En lo personal, no sé qué pasó con esta última dependencia del Ministerio del Interior. Mi impresión es que desde el punto de vista operativo esa actividad siguió funcionando en la órbita de ese Ministerio, al igual que dentro del Ministerio de Salud Pública siguió funcionando la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías. En realidad, lo que se creó fue un organismo de coordinación, pero las actividades operativas específicas quedaron en los Ministerios respectivos que son los que tienen el personal especializado, los procedimientos y los mandos. Funcionará mejor o peor dependiendo del Ministro de turno, pero de cualquier manera creo que esas instancias -por lo menos en ese momento- siguieron estando dentro de los Ministerios respectivos. También presté atención a las quince áreas de trabajo que el señor Senador Agazzi relató con respecto a la Secretaría técnica de la Junta y en ninguna de ellas está la represión del tráfico ilícito o el tratamiento de los adictos; hay cosas más genéricas como la prevención o la reducción del riesgo, pero no está el acto operativo o la acción operativa de la represión del tráfico. ¿Todavía siguen estando bajo la órbita del Ministerio del Interior?

SEÑOR GALLO.- Tiene un nuevo nombre.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por analogía, así como se necesita personal especializado, metodología, protocolos, etcétera, para la detección, la incautación y todo lo que tiene que ver con la represión del tráfico de drogas en sí mismo, creo que se necesita una estructura especializada que es la Red Nacional de Drogas -Renadro- para la acción que estamos procurando en esta ley, que es la acción del tratamiento inmediato y el encauzamiento en la vía de la rehabilitación al adicto que tiene una crisis de carácter agudo. Con total honestidad tengo que decir que esto no lo veo en la Secretaría Nacional de Drogas porque no tiene el personal, la estructura, el despliegue territorial, ni la capacidad como para poder hacerlo; sin embargo, sí lo veo dentro del Ministerio de Salud Pública porque, en definitiva, ese Ministerio es el que tiene potestad sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud y este a su vez puede brindar la atención inmediata, el diagnóstico, orientar el tratamiento, decidir sobre la internación, etcétera, porque me parece que esa es su función propia. Entonces, por similitud con la función que se cumple dentro del Ministerio del Interior, creo que en lo que tiene que ver con la internación compulsiva y con las comunicaciones que hay que hacer -dicho sea de paso la División de Estudios Legislativos nos hizo una sugerencia que complica un poco más todavía el vínculo entre estas situaciones y la Justicia- cuanto más operativa sea la solución que le demos mejor. Me parece que va a ser más operativo que esta función esté directamente bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública que en la Secretaría Nacional de Drogas, que es una instancia de apoyo a la Junta pero no de cumplimiento de tareas específicas como esta, que pueden ser muy extendidas.

Esto era lo que quería compartir sobre una reflexión que me resultó enormemente útil, pero esta ubicación no me termina de convencer.

SEÑOR AGAZZI.- Mi intervención es para que reflexionemos juntos y no para confrontar. Entiendo la lógica del señor Presidente en el sentido de que en el Ministerio del Interior se ubican las actividades de represión al tráfico ilícito de drogas y así corresponde que sea.

SEÑOR MOREIRA.- También tengamos en cuenta que la Prefectura Nacional Naval, dependiente del Ministerio de Defensa Nacional, actúa en la franja costera, sobre todo en la temporada de verano, en el tema de drogas. También en esta materia y en aspectos represivos actúa la Fuerza Aérea a través de la policía aeroportuaria, y la aduana, en coordinación con las autoridades policiales.

SEÑOR AGAZZI.- Creo que estas actividades de represión deben ser llevadas adelante por las instituciones públicas, que están creadas para eso. En el área de la salud, el tratamiento de las personas afectadas por el uso problemático de drogas con la técnica terapéutica que corresponda, se hace en instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud. Me parece que esto se realiza con la misma lógica. Lo que sucede aquí es que el Consorcio Público es una estructura que está destinada a tratar el inicio del problema y nada más, porque después de que está internada una persona, de ella se encarga el Sistema Nacional Integrado de Salud, que decide si hay que desintoxicarla, deshabituarla o hacerle un tratamiento específico. Para eso están los demás dispositivos, además del Dispositivo Ciudadela, hasta llegar al último que no implica internación sino tratamiento ambulatorio en el medio social que integra el paciente. Me parece que ahí están

contemplados los dos aspectos, ya sea la parte represiva como la curación, en los que tienen competencia distintos Ministerios.

Yo ubico a este Consorcio en un lugar muy cercano a la Secretaría Nacional de Drogas, porque es la que tiene a su cargo las tareas operativas. Quizás no leí todas las unidades de coordinación que tiene, pero ahora que el señor Presidente hacía referencia a ellas encuentro una que hoy está a cargo del psicólogo Luis González; estoy hablando de la unidad de Coordinación Atención y Tratamiento. Hay varias unidades que son de coordinación y está bien que así sea porque además la Secretaría tiene que coordinar distintas reparticiones públicas en sus diferentes tareas. Dentro de las distintas unidades de la Secretaría podemos citar la Coordinación de Relaciones Internacionales y Cooperación; la Coordinación de Reducción de la Demanda; la Coordinación de Control de la Oferta; la Coordinación Administración, Contabilidad y Secretaría, que parece ser un área interna. Respecto a las personas que están al frente de ellas, comento que el sociólogo Héctor Suárez está a cargo de la Coordinación Observatorio Uruguayo de Drogas; el doctor José Ruano se encarga de la Coordinación de Fondo de Bienes Decomisados; la señora María Herrera tiene a su cargo la Coordinación de Cooperación Internacional; el psicólogo Luis González está encargado de la Coordinación Atención y Tratamiento que harán los centros de atención y tratamiento. Por otro lado, el licenciado Augusto Vitale que estuvo aquí con el licenciado Calzada, es quien se encarga de la Coordinación de Prevención; la socióloga Rosina Tricánico trabaja en Coordinación de Inserción Social; el señor Hernán Merlino hace la Coordinación de Comunicación y Prensa; el sociólogo Gustavo Misa es el encargado de Descentralización; la doctora Cecilia Dell'Acqua es la coordinadora de Reducción de Riesgos y Daños; la psicológa Gabriela Olivera realiza la Coordinación de Género y la socióloga Laura Latorre coordina la Evaluación de la Secretaría.

Mi razonamiento es que esta estructura está destinada a operar hasta que el paciente afectado por el uso problemático de drogas entra en el Dispositivo Ciudadela. Después es competencia de cada una de las instituciones que están en juego, cumplir con sus cometidos.

Este es un razonamiento adicional que podemos incorporar cuando pensamos en los cometidos que tiene el Consorcio Público para la atención inmediata de las personas afectadas por el uso problemático de drogas.

Es cuanto quería expresar.

SEÑOR GALLO.- Quiero reiterar un concepto que manejé en la sesión anterior, a los efectos de que ubiquemos bien hacia dónde apunta este proyecto de ley, que fue compartido, en su momento, por el señor Presidente de la Comisión.

Este es un proyecto de ley muy específico para una situación que también es muy específica, porque no está dirigido a cualquier consumidor, sino para aquel que se encuentra en situación de riesgo para sí mismo o para terceros y está atravesando una crisis. Entonces, como es para una situación específica, el dispositivo creado en el proyecto de ley no puede tener una jerarquía y una estructura que desborde los fines de esta iniciativa. Me refiero, concretamente, a la creación de un equipo técnico profesional en el Consorcio Público que actuará poniendo en marcha el Capítulo II, que es el que tiene que ver con procurar asistencia sanitaria inmediata. No estamos hablando de los usuarios en general ni de tratamientos en otro tipo de enfermos. No. Acá estamos hablando de una situación muy específica, y por eso me parece conveniente reducirlo a la competencia del Consorcio -inclusive estoy de acuerdo en la creación del término "Consorcio", porque no creo que afecte mucho-, ya que entiendo que sería demasiado formar una "comisión nacional" para estos casos que, en definitiva, no van a ser muchos. Pero, además, ese Consorcio se crea específicamente para eso. Es decir, más allá de que se establezca que tiene como cometidos coordinar, administrar y evaluar, esas son las medidas necesarias para la ejecución de lo dispuesto en el Capítulo II, que es la procuración de la asistencia inmediata. Reitero, es para eso y no para otra cosa. Por lo tanto, es muy fácil y práctico que la creación de este grupo técnico profesional se realice en el propio Consorcio, que estará en la Secretaría, y yo estoy de acuerdo con que así sea. Además, como ya dije, este grupo específico deberá actuar en circunstancias muy específicas. Por ello, este equipo técnico profesional debe formarse con un psiquiatra y un asistente pero, además, ya dice que en la integración del Consorcio Público estarán los Ministerios de Salud Pública, de Desarrollo Social y del Interior, y que cada uno de

estos organismos aportará el técnico que corresponda para armar el equipo. El Ministerio de Salud Pública aportará los psiquiatras y el Mides aportará los asistentes sociales, pero ya están incluidos dentro del propio Consorcio, que está integrado por esas organizaciones.

Entonces, como está diseñado, es para algo muy específico y no va a haber una demanda brutal, me parece que simplificar las estructuras va a ser eficaz. Porque, además -era lo que quería agregar-, cuando se dispone que después de esa situación inicial de captación por ese equipo técnico y de traslado a un centro, viene todo un procedimiento de internación. Ahora bien, todo ese procedimiento de internación, que puede ser por distintas vías y hacia distintos lugares, está establecido a través de la red nacional de drogas, que ya está creada en la Secretaría. Todo ese tratamiento posterior que puede dar lugar a una internación -acá lo determina-, ya está establecido dónde debe ser, a través de esa red que, en definitiva, ya existe, ya está. Y además está financiada, porque tiene un fideicomiso que ya está actuando. Así que tampoco en ese sentido vamos a innovar mucho. Estamos utilizando los recursos que ya existen.

En resumen, me parece que enganchar este diseño -que es algo de captación tan específica- con la Presidencia de la República es, por diferentes motivos, un exabrupto. En definitiva, pienso que sacando esa dependencia y manteniendo la dependencia de la Secretaría Nacional de Drogas con lo que ya está, no tendríamos muchas dificultades para poner en marcha esto.

SEÑOR MOREIRA.- Me surge una duda. El señor Senador Gallo me contestó lo del fideicomiso. Había leído que los fondos y bienes del fideicomiso de administración ya están funcionando, de modo que ya hay una forma de financiamiento. Ahora bien, los centros de atención sanitaria para internación, ¿va a ser una obligación para todo el sistema mutual? ¿Existe infraestructura y personal para atender este tipo de situaciones críticas? Recuerdo que cuando estuvo aquí presente la Cátedra de Toxicología -yo dije que tenían un centro de atención o unidad de cuidados de toxicología-, la doctora Amalia Laborde explicó que recibían algo así como 11.000 consultas en el año. Decía que no eran muchas por marihuana -porque generalmente no entran en esas crisis de consumo-, sino por otro tipo de drogas. Lo cierto es que si estamos hablando de 10.000 u 11.000 consultas, no son tan pocas. El tema va a requerir una red potente, porque no creo que muchas mutualistas estén muy de acuerdo con atender este tipo de cosas. No lo sé, pero es lo mismo que pasa con las enfermedades mentales, que son cuestiones de las que todo el mundo huye.

SEÑOR GALLO.- Este es un dispositivo que está previsto solamente para el tratamiento específico del paciente adicto en crisis. No es para todos los usuarios; eso corre por otro carril. Entonces, para ese tratamiento, el tratamiento agudo de la emergencia, ya están creados los dispositivos a través de la red nacional. El primer dispositivo que está creado -que puede ser insuficiente al principio, pero que ya está funcionando- es el lugar al que va a ir de entrada este paciente que es captado por este equipo: el dispositivo llamado Ciudadela. Se lleva al adicto a ese lugar para hacerle el diagnóstico y ver dónde se lo tiene que ubicar. Este adicto en situación de crisis es un paciente de emergencia y si realmente se considera que está en crisis va a ir a un lugar donde se le trate la emergencia; eso ya está creado y son los Centros Erica, que funcionan en los servicios de emergencia de los hospitales y sanatorios. Es allí donde el sistema obliga a tener a demanda un psiquiatra y un equipo. Por tanto, la estructura está creada y son los servicios de emergencia. La ventaja es que este sistema cubre todo el interior, porque abarca todos los hospitales y todas las mutualistas. En definitiva, la responsabilidad del equipo es mandar al paciente a que se le haga una evaluación. Ya están funcionando cuatro equipos Ciudadela, dos de los cuales se encuentran en Montevideo y otro en Salto. Los equipos Erica están funcionando o prácticamente por funcionar esperando que se disponga personal en las puertas de emergencia de los hospitales y sanatorios. Ver si es necesario un tratamiento de desintoxicación posterior a la crisis no entraría en esto, sino en el diseño de las estrategias. En el decreto ya están establecidas las características de los diferentes centros de la red nacional: si son diurnos, ambulatorios o de internación.

Se incorporan a la red aquellas ONG que ya están funcionando para el tratamiento y rehabilitación, así como las instituciones religiosas. Todo eso ya está integrado. Se va a disponer de toda esa red siempre que se cumpla con los requisitos que establece el decreto. Por tanto, también en ese sentido se ha avanzado y ya hay una red bastante amplia -tengo la lista donde figuran los llamados "dispositivos"- que está a disposición. Digo que la red es bastante importante porque se incorporan todos los que hacen tratamientos pero, como dije, en la medida en que cumplan con las condiciones

del decreto. Por lo tanto, desde mi punto de vista, para la primera etapa de la urgencia y emergencia esto está resuelto.

Ahora habrá que implementar un poco más el sistema para tener la seguridad de que en cada puerta de emergencia realmente esto funcione, pero ese es un tema a coordinar. No hay otra cosa, no debemos pensar que estamos hablando del tratamiento de todos los usuarios problemáticos de drogas porque solo se atiende la situación específica. Me parece buena esta estructura que está creada, con la excepción de que pienso que no debería depender de Presidencia, sino de la Secretaría que, en definitiva, es la que tiene la posibilidad del control y ejecución de todo esto.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Quisiera hacer una pregunta. Acá se dice que puede llamar el jefe o jefa de hogar, pero puede darse la situación de una persona afectada por el uso problemático de drogas y que sea la propia familia la que lo pueda llevar a internar. En ese caso, me pregunto si la sociedad médica, si quien lo llevó, debe dar cuenta al Consorcio sobre la situación. El Consorcio debe dar cuenta al Juez para la internación no voluntaria; por tanto uno va directamente y la Puerta de Emergencia de las sociedades médicas lo comunicaría al Consorcio.

SEÑOR GALLO.- Eso no está establecido aquí -la reglamentación luego podrá agregarlo, o no-, pero me parece que se trata de la respuesta a la situación específica, dondequiera que se dé, sea en la calle o en una casa. También puede trasladarse a la Puerta de Emergencia de un hospital porque un familiar lo lleva. La iniciación del proceso siempre tiene como punto de partida la intervención de ese equipo del Consorcio que, a mi entender, funcionará como un equipo de emergencia, como una Unidad Coronaria. Vale destacar que tampoco hablamos de una cantidad enorme de gente porque no son muchos los casos de este tipo.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Cuántos son?

SEÑOR GALLO.- No hay un estudio estadístico -más bien, uno se maneja por lo que sabe, ha oído o visto- pero si miro mi ciudad, Canelones, debo decir que el hecho de que un joven entre en crisis por esta situación es excepcional. De todos modos se crea un sistema de guardias -se dispondrá dónde funcionará- integrado por una ambulancia y un equipo. Esa es la visión de la respuesta que, además, a mi juicio no es tan complicada.

SEÑORA MOREIRA.- Concretamente, quisiera referirme al Dispositivo Erica, Equipo de Respuesta Inmediata en Crisis de Adicciones. El artículo 1º de este proyecto de ley refiere a las personas en situación de riesgo para sí o para terceros debido al uso problemático de drogas. Creo que, de alguna manera, esta expresión la hemos extraído de la Ley de Faltas, del Código Penal. Cuando escucho al señor Senador Gallo decir que esto es específico para las personas en situación de crisis, me pregunto si esta definición tomada de la Ley de Faltas es adecuada para lo que él especifica que serían los casos para el tratamiento por parte del Consorcio. Y me respondo que tal vez no sea lo más apropiado eso de "riesgo para sí o para terceros". Supongo que el Dispositivo Erica debe haber avanzado bastante desde su formulación inicial, pero establece una definición de lo que es intervención en crisis y una situación de crisis. Es bastante largo, habla de la asistencia de urgencia, y refiere a la atención de urgencia al paciente que está padeciendo una crisis de adicción, que puede ser de abstinencia o de consumo. Quiere decir que se vincula con la crisis del paciente y no tanto con el riesgo para terceros. Reitero que me parece que la expresión "riesgo para sí o para terceros" viene del Código Penal y no se ajusta a la definición de Erica, si es que lo que estamos diseñando es un sistema que toma a la persona en la situación de crisis y luego la deriva hasta la fase de la deshabituación. El Erica se refiere a los cuadros de intoxicación aguda y síndromes de abstinencia grave que requieran atención médica en forma inmediata; esta sería la época de la crisis. También se define lo que es la desintoxicación como el conjunto de medidas terapéuticas destinadas a prevenir y/o contrarrestar la aparición del síndrome de abstinencia frente al abandono del consumo de una sustancia. Las medidas terapéuticas incluyen medidas farmacológicas, deben estar supervisadas y dirigidas por un equipo médico y pueden ser ambulatorias u hospitalarias. Debemos diferenciar: la crisis, la desintoxicación y la deshabituación, que es un proceso mucho más largo. Entonces, la intervención en situaciones de emergencia y los objetivos específicos del Erica son: la evaluación médica y psiquiátrica diagnóstica; el tratamiento de desintoxicación; la coordinación de las estrategias terapéuticas disponibles en la Red Asistencial para promover la rehabilitación, y brindar orientación, apoyo y tratamiento a la familia del paciente. Las

necesidades asistenciales siempre determinan la presencia de un médico toxicólogo aunque también puede hacerse una consulta telefónica. En realidad, vendría a ser como el Juez.

SEÑOR GALLO.- Se puede hacer una consulta telefónica al centro de toxicología del Hospital de Clínicas.

SEÑORA MOREIRA.- También se requiere la presencia de un Médico Psiquiatra, un licenciado en Psicología, el Asistente Social y un licenciado en Enfermería.

Este proyecto de Erica al que hice referencia ya tiene un año y medio pero, evidentemente, este tema ha avanzado porque el señor Senador Gallo se refirió a la lista de atenciones en emergencias de hospitales y sanatorios. Esto se ha incorporado a todo el sistema de salud, tanto al mutualismo como al sistema público.

SEÑOR PRESIDENTE.- El Decreto Nº 274/2013, de setiembre de este año, en su artículo 23 define lo qué es un dispositivo Erica. Dice así: “Erica (Equipo de Respuesta Integral en Crisis Adictivas) Servicio de desintoxicación. Requerirá infraestructura Hospitalaria y se regirá por la normativa de habilitación vigente.

1º) Definición: dispositivos especializados que abordan prioritariamente los aspectos asistenciales clínicos y psicosociales vinculados a la intoxicación aguda y/o crónica y sus correspondientes urgencias médicas. Serán dispositivos de referencia en la atención de usuarios con cuadros de emergencias médico-psiquiátricas provocadas por el uso abusivo de drogas.

2º) Población objetivo. Está indicado para UPD que:” -aparecen varias hipótesis desde la a) hasta la h)-.

“a) presentan cuadros graves, con potencial o inminente peligro para sí mismos y/o para los demás o que presentan complicaciones médicas o psiquiátricas que requieren de los recursos disponibles en un hospital general o especializado. Es una internación breve.

b) Inician un tratamiento por abuso de drogas en los que se evalúa la desintoxicación específica como pertinente.

c) Presentan cuadros de intoxicación aguda en los que se recomienda que el abordaje sea en régimen de internación hospitalaria”. Y así sigue hasta el literal h).

Luego continúa expresando: “3º) Servicios que se brindan: Se entiende por desintoxicación en este contexto al proceso mediante el cual se suprime brusca o gradualmente la/s sustancia/s a un sujeto que es física y/o psíquicamente dependiente de ella, o se la sustituye por fármacos específicos por un tiempo preestablecido. Puede eventualmente ser la forma de inicio de un tratamiento hacia la abstinencia o bien ser un fin en sí mismo.

4º) El Equipo Profesional: implementará las estrategias asistenciales y el control clínico de acuerdo a la competencia específica de cada profesión.

El equipo profesional mínimo exigido para este dispositivo estará integrado de la siguiente manera según la Categorización de la Habilitación” -hay tres categorías- “Categoría 1

a) Médico internista Especializado en Drogas o Médico-toxicólogo. En carácter de consultante.

b) Médico Psiquiatra.

c) Lic. En Psicología Especializado en Drogas.

d) Lic. en Trabajo Social Especializado en Drogas.

e) Lic. en Enfermería.

f) Auxiliar de Enfermería".

Esta es la Categoría 1, que es la más compleja.

Luego viene la Categoría 2, que incluye:

"a) Médico general.

b) Lic. en psicología Especializado en Drogas.

c) Lic. en Trabajo Social Especializado en Drogas.

d) Lic. en Enfermería.

e) Auxiliar de Enfermería. "

Por su parte, la Categoría 3 incluye:

"a) Lic. en Enfermería.

b) Auxiliar de Enfermería.

c) Lic. en Trabajo Social."

Allí se aclara también que en todas las categorías el servicio debe estar asociado al Centro de Salud o, sea, al establecimiento hospitalario donde funciona, etcétera.

O sea que el Erica, como bien decía la señora Senadora Constanza Moreira, evolucionó el concepto en sí que ella estaba leyendo; quería complementar eso para ponerlo en el contexto en el que estamos actualmente.

Además, creo que de todos los dispositivos que están mencionados en este decreto, este proyecto de ley, si lo concebimos para la atención inmediata, se efectiviza a través de la puerta de entrada, el Dispositivo Ciudadela y los Erica, pero habría que acondicionar el texto a esa finalidad porque este no refleja exactamente eso.

SEÑORA MOREIRA.- Creo que por una vez, señor Presidente, vamos en la misma dirección.

Quiero decir algo para complementar, agradeciendo que nos hayan acercado el decreto del Poder Ejecutivo porque no lo tenía.

Tenemos el Dispositivo Ciudadela, de aproximación a la problemática, el Erica, que son los dispositivos que llevan hasta la deshabituación y luego están las internaciones a largo plazo y los tratamientos ambulatorios.

Mi pregunta apunta a saber cómo el consorcio público se amalgama con lo que ya existe; esto es lo que estoy tratando de imaginarme.

SEÑOR MOREIRA.- Precisamente, el amor por los reglamentos de este Gobierno frenteamplista hace que estos se anticipen a las leyes. En este caso, tenemos un reglamento anterior a la ley por lo que hay que adecuar la ley al reglamento, siendo que debería ser al revés.

Todo esto se ha hecho por vía reglamentaria y como tiene que ver con derechos humanos fundamentales -como la libertad ambulatoria-, requiere un marco legal, porque este dispositivo Erica hay que vincularlo con desintoxicaciones y con internaciones que, si no son compulsivas, andan cerca. Esto, sin duda, es por razones de salud y yo lo justifico plenamente, pero tenemos un caso, repito, en el cual el reglamento se anticipó a la ley, que no es algo correcto ya que tendría que haber estado la ley primero y el Erica después.

Cabe señalar que el decreto del Poder Ejecutivo es muy reciente, de setiembre de este año.

SEÑORA MOREIRA.- Simplemente quería agregar que me gustaría saber cómo se acompasaría el Consorcio Público -luego veremos si depende de la Junta Nacional de Drogas o de la Secretaría Nacional de Drogas, etcétera, aunque me parece que tenemos un cierto consenso en cuanto a que no debería estar "colgado", por decirlo así, de Presidencia- con los dispositivos que ya existen y que entiendo que son dependientes de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esa es la pregunta, es decir, si estos dispositivos son dependientes o no del Sistema Nacional Integrado de Salud o si tienen alguna otra dependencia y cómo el Consorcio Público se articula con lo que ya existe.

SEÑOR GALLO.- Los dispositivos de la red no necesariamente son dependientes del Sistema Nacional Integrado de Salud porque hay una amplia caracterización de dispositivos, unos públicos y otros privados, que no tienen nada que ver con el Sistema. Si decimos que en la red se van a integrar aquellos dispositivos que ya están funcionando -que pertenecen a ONG o a instituciones religiosas- hay que aclarar que no tiene nada que ver con esto. Quiere decir que la red da respuesta en diferentes situaciones. Pero en esta situación específica, la que da respuesta dentro de la Red Pública de asistencia es aquella que tiene que ver con la captación, con la evaluación inicial y con el tratamiento de urgencia, es decir, con la crisis adictiva. Podemos decir que la de captación va a pertenecer al sistema público de asistencia; los Centros Ciudadela están creados dentro de la Red Pública de asistencia. En cambio, los Centros Erica van a depender tanto de servicios públicos como privados. Los servicios públicos son las puertas de hospitales, y los privados, las puertas o las emergencias del sistema mutual. Puede pasar que el servicio que preste el sistema mutual, el Sistema Nacional Integrado de Salud lo incluya dentro de las prestaciones. Puede pasar o no. Pero si se le incorpora a la emergencia mutual la obligación de la asistencia, dicha obligación debe estar incluida en las que, como prestaciones al Sistema Nacional Integrado de Salud, puede dar. ¿Para qué usuarios? Para aquellos del Sistema Nacional Integrado de Salud que sean de la parte del Fonasa que está dentro de aquel sistema privado. Puede pasar que si un usuario se encuentra en una de estas situaciones, haya que decidir la derivación. Ese usuario, ¿en qué sistema tiene derechos? A lo mejor está dentro del Fonasa-ASSE y, entonces, se lo va a enviar a ASSE. Es por eso que está la decisión de la derivación, y en este ejemplo se lo mandaría al Centro Erica ASSE. Pero puede ser que sea un usuario del Fonasa privado, y se lo derivará a este. Y aquellos que no tengan Fonasa serán derivados al sistema público.

La señora Senadora Moreira preguntaba qué ligazón va a haber entre el Consorcio y la Red Pública de asistencia. A mi entender, la única relación es la decisión que el equipo técnico del Consorcio tiene que tomar con respecto a dónde va a enviar a este usuario. Es solamente eso. No tiene que haber una relación institucional -no tiene por qué haberla-, porque el dispositivo y la Red Pública de asistencia dan respuesta a una acción que emprende el Consorcio a través de ese equipo profesional, que determina la respuesta inmediata de ir al lugar donde está la persona, el adicto, y decidir, en ese momento, si está o no en condiciones de ser internada. O sea que la única ligazón es la relativa a la decisión. Desde mi punto de vista, no tiene que haber una relación institucional. Acá la relación institucional es la creación del Consorcio y la responsabilidad que tiene de actuar en esas circunstancias, y nada más. Luego el Consorcio o el equipo decidirán adónde va. Eso depende de otro nivel, del de la Red Pública de asistencia, que está implementada para recibir a este tipo de pacientes en esos dos escenarios, en el Ciudadela o en el Erica.

Cuando se hacía referencia a la descripción de los cometidos, el Erica tiene otros. El primero es el relacionado con esta iniciativa, con el tratamiento de la urgencia médica, digamos. Pero después

tiene otros cometidos -si no estoy equivocado-, que tienen que ver con el primero, que es el tratamiento médico de urgencia por la situación que esté pasando el adicto que, en definitiva -a mi entender-, es el único objetivo de esta iniciativa.

SEÑORA MOREIRA.- Tenemos los Dispositivos Ciudadela y Erica y, si he entendido bien, el Consorcio sirve para aquellos pacientes que deban ser internados de manera involuntaria.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por mi parte, entiendo la explicación -coincidente- que han dado los señores Senadores Agazzi y Gallo sobre el alcance de este proyecto de ley, que en realidad es muy restringido con relación a la cantidad de tipos de lugares de atención o de programas de atención que están establecidos en el Decreto Nº 274/010.

Según creo, de lo que se trata es de la contención, del diagnóstico inicial y de la orientación terapéutica del usuario problemático de drogas que hace una crisis, ya sea por abstinencia o por consumo. ¿Cómo se hará esto? Básicamente, echando mano de estos equipos o Dispositivos denominados “Erica” -cuya descripción se realiza en el artículo 23, que leí hace un rato- y, eventualmente, de los sistemas de orientación, asesoramiento y demás, que conforman el Dispositivo Ciudadela, el cual constituye la puerta de entrada al sistema. Puedo entender esa concepción, pero advierto que la redacción de los artículos 1º, 2º y parte del 3º no se condice con ese propósito tan focalizado. El texto es bastante más amplio, puesto que dice: “Declárase de interés general las actividades orientadas al diagnóstico, asistencia, tratamiento y rehabilitación social de las personas en situación de riesgo para sí o para terceros debido al uso problemático de drogas”. Acá estamos desbordando lo que es la captación, la ubicación en el sistema y el encauzamiento del tratamiento, de ser necesario. Por lo tanto, me parece que habría que reescribir el artículo 1º a fin de que refleje esa especificidad. Luego, en el artículo 2º se plantea el tema que, para mí, es el más complejo.

Puedo entender que este tema se ubique en la órbita de la Secretaría Nacional de Drogas, porque si se trata de una situación de crisis y hay riesgo de vida para terceros, evidentemente se requerirá la asistencia del Ministerio del Interior y de algunas de las instituciones que prestan servicios de salud, como puede ser ASSE y, eventualmente, el Mides. Pero, de cualquier manera, esta redacción del artículo 2º por la que se ubica este cometido en un organismo que está constituido por representantes de distintos Ministerios, e inclusive de algunos Servicios Descentralizados -como pueden ser ASSE o el INAU-, no es muy feliz. Si mañana hay un episodio en el cual un adicto en situación de crisis comete un delito, se avisa al sistema pero nadie concurre, ¿quién es el responsable? Si este dispositivo está radicado en el Ministerio de Salud Pública esa responsabilidad va a ser suya, y si está radicado en el Ministerio del Interior la responsabilidad será del Ministro del Interior, y lo mismo ocurre con el Mides, porque creo que por la gravedad de la situación tiene que haber una cabeza claramente responsable. En este caso la responsabilidad tiene que ser compartida entre varios, pero fundamentalmente va a ser de la Secretaría Nacional de Drogas, que es la que la va a presidir, aunque el hecho de que sean situaciones médico-sociales de riesgo apunta a que esas personas tengan que ser conducidas a dos centros de salud, que son las puertas de entrada y los Dispositivos Erica. Si uno mira la composición del personal del Erica y es todo personal de salud.

Creo que ya lo había señalado en la sesión pasada, pero si leemos con cuidado el artículo 3º dice que el Consorcio tendrá como cometido la planificación, el diseño, la ejecución, la gestión, la coordinación, la administración y la evaluación de las medidas necesarias para la ejecución de lo dispuesto en el Capítulo II de esta Ley. Coincidiendo con lo que acabamos de acordar, lo dispuesto en el Capítulo II de esta ley es sacar a la persona del lugar de peligro, trasladarla al Dispositivo Ciudadela, efectivizar la derivación o llevarla directamente a un Dispositivo Erica y que ahí lo encaucen. Me parece que todos estos cometidos no hacen a lo que realmente queremos lograr; queremos que exista un sistema claro por el cual una persona que está en riesgo para sí misma o para los demás -como dice el Erica- como consecuencia del uso abusivo de drogas o como consecuencia de su abstinencia brusca y que haya un dispositivo del Estado que la pueda tomar aun contra su voluntad, que la lleve a un lugar de tratamiento, que la encauce en el tratamiento y que notifique al Juez. Eso es lo que queremos y me parece que poner todo lo demás diluye la responsabilidad y la claridad de nuestro propósito. La verdad es que entiendo cuál sería la finalidad y si es esa la comparto, pero me parece que el texto que tenemos no refleja eso, por lo que deberíamos trabajar un poco más en él.

SEÑOR AGAZZI.- El señor Senador Moreira pedía algunos datos cuantitativos, y yo tengo algunos que no son oficiales, pero que son los que yo procuré para el trabajo en la Comisión. Digo que no son datos oficiales porque todavía no están disponibles en la página web que corresponde, pero son ciertos y provienen del Observatorio Uruguayo de Drogas, que tiene un *software* que se llama Sistema de Gestión de Usuarios para registrar las internaciones, el tratamiento y los egresos.

Algunos de esos datos cuantitativos son: en el año 2013 ingresaron al sistema 247 usuarios discriminados de acuerdo con el dispositivo de atención por el cual ingresaron, cuántos entraron por el Portal Amarillo, por El Jagüel, a través de la Fundación Dianova o por la policlínica de La Teja.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Ingresaron en forma voluntaria?

SEÑOR AGAZZI.- Algunos sí y otros no. Lo que dice el informe es que 8 de cada 10 usuarios asiste al dispositivo de atención en forma voluntaria; el 17% lo hace acompañado por su familia; el 12% lo hace presionado por la familia; el 11% de los usuarios aquí considerados se encuentra en dicho dispositivo luego de haber sido derivado. O sea que, en realidad, de la gente que ingresa el 80% entra en forma voluntaria. Estos datos son del año 2013; quién sabe si después va a ser así o si antes fue así. Lo digo simplemente para que tengamos una idea. O sea que esto es más importante -más allá de que hoy mencionaba el Centro Izcali, El Jagüel- porque en realidad abarca la zona metropolitana, Maldonado y San José. Asimismo, en el Dispositivo Ciudadela de Salto ingresaron 17 usuarios en este período del 2013, de los cuales 16 son hombres y 1 mujer. También se da cuenta del tipo de droga y el tratamiento anterior que tuvo el paciente.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Todos corresponden al consumo de pasta base?

SEÑOR AGAZZI.- No, señor Senador; la mayor cantidad de pacientes está allí por consumo de alcohol. Estoy hablando de los registros que hay para los últimos doce meses. De modo que la prevalencia más alta se constata en relación con el alcohol; un poco menos del 80% de la población considerada tiene ingesta de alcohol. En segundo lugar está el tabaco; en tercer término está la pasta base, con el 67%; en cuarto lugar, la marihuana, con el 61%; luego sigue la cocaína con el 58% y también hay casos de consumo de psicofármacos, alucinógenos como éxtasis y crack, solventes y anfetaminas.

No estoy capacitado para hacer un análisis cualitativo de esto; simplemente doy los números para que se tenga idea de lo que estamos hablando.

Otra cuestión es cuántos pacientes están en tratamiento porque estos que mencioné son los que ingresaron, pero había algunos que ya estaban desde antes. Al 31 de octubre de 2013 el conjunto del sistema tiene en tratamiento a 406 usuarios que están registrados en el sistema “Tratamiento Registra”, que es un *software* diseñado para esto. También se dice dónde están siendo tratados estos pacientes.

Otro dato que me parece importante es que durante el 2013 egresaron 150 usuarios; 7 de cada 10 egresó del Portal Amarillo, que es el más numeroso porque está en Montevideo, pero hay gente que egresó de la Fundación Dianova, del Centro Izcalí y del Jagüel.

También hay estadísticas por edad y por tramos de edad y en ese caso llama la atención de que hay poca gente joven en relación con el total.

Mi intervención, reitero, era para dar algunos números. En función de las cifras y del rol que tiene el Dispositivo Erica, en realidad, se puede apreciar que para la emergencia no se precisan muchas camas porque el paciente es atendido en el momento y luego es derivado a otro lado. En ese sentido, nos decían que en el Maciel, en el Dispositivo Erica hay cuatro camas que pasan la mayor parte del tiempo sin ser usadas. En realidad -como señalé antes-, la cama se necesita solo para el momento en que se realiza el tratamiento en la emergencia.

SEÑOR GALLO.- Voy a plantear la posibilidad de que levantemos la sesión porque tanto el señor Senador Fernández como quien habla nos tenemos que retirar. No obstante, voy a hacer una sugerencia.

Creo que estamos de acuerdo, en general, sobre los objetivos y también sobre la necesidad de adaptar la redacción del articulado a los objetivos; pienso que se deberían introducir algunos cambios. Propongo entonces que trabajemos en una redacción que responda a los objetivos y en ese sentido nos ofrecemos a plantear en la próxima reunión una modificación que contemple aquello en lo que aparentemente todos estamos de acuerdo.

SEÑOR MOREIRA.- Me alegro del cambio de actitud y de la sensibilidad que exhibe el partido de Gobierno con este proyecto de ley, que no la tuvo con el tema de la legalización de la marihuana.

SEÑOR GALLO.- Son situaciones diferentes.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 18 y 45 minutos.)